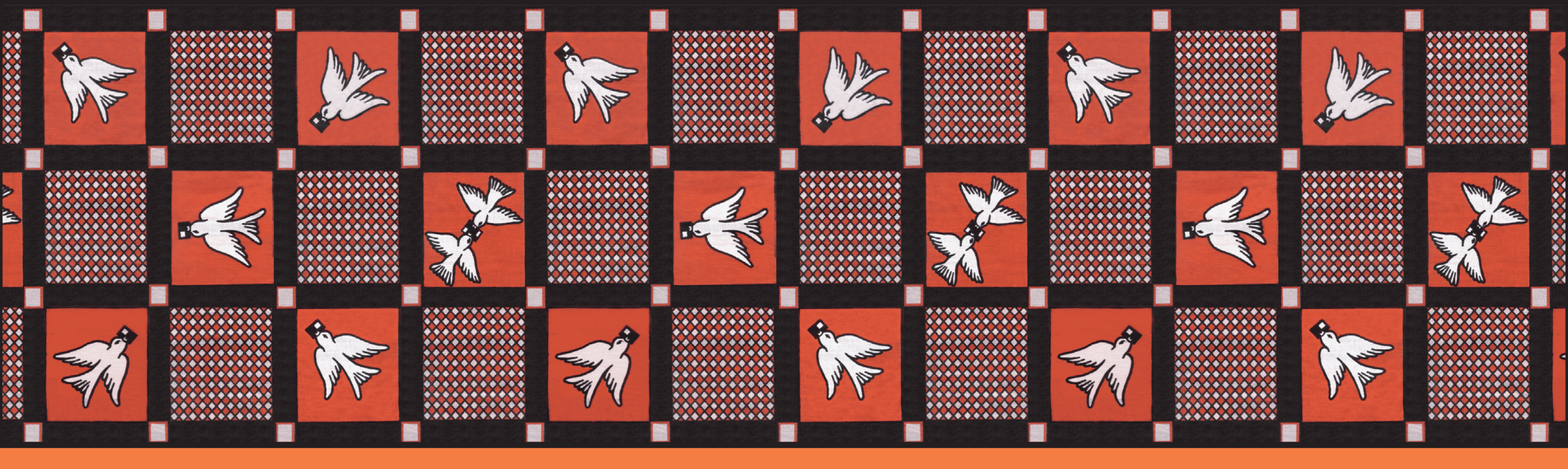
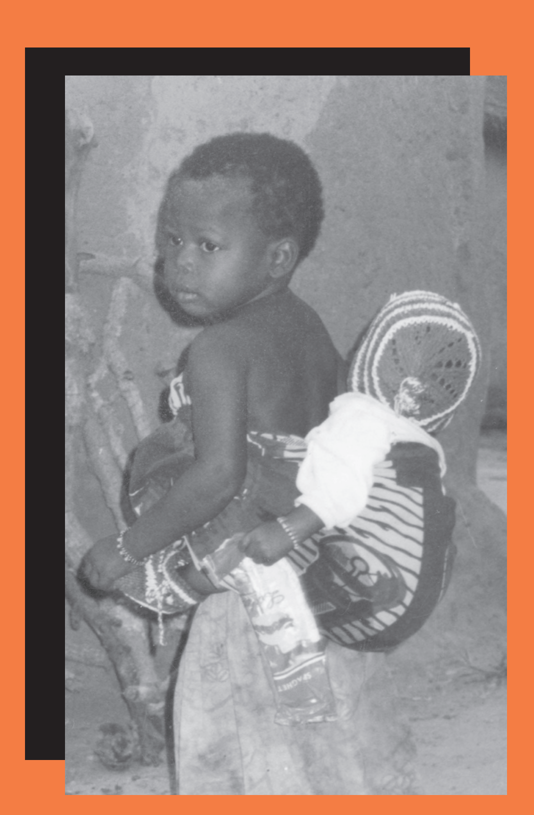


Burkina Faso

Enquête Démographique et de Santé

Rapport de synthèse



2003

Les photos utilisées dans ce rapport sont de Tinga Sinaré et de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD).

Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSBF-III) réalisée au Burkina Faso de juin à décembre 2003 par l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) avec la collaboration du Ministère de la Santé. Commanditée par le Ministère de l'Économie et du Développement, l'EDSBF-III a été réalisée grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le sida (PA/PMLS), du Fonds des Nations Unis pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unis pour la Population (UNFPA) et de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS+) de ORC Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

L'EDSBF-III contient des informations collectées auprès de 9 097 ménages, 12 477 femmes âgées de 15-49 ans et 3 605 hommes âgés de 15-59 ans. Les résultats sont significatifs au niveau des milieux de résidence (ville de Ouagadougou, autre milieu urbain et rural) et au niveau des treize régions administratives.

Pour tous renseignements concernant l'EDSBF-III, contacter la Direction Générale de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), 01 BP 374, Ouagadougou, Burkina Faso, téléphone : (226) 50-32-42-69/50-32-49-76, fax : (226) 50-32-61-59, e-mail : insd@cenatrin.bf.

Concernant le programme MEASURE DHS+, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; e-mail : reports@macroint.com; Internet : http://www.macroint.com/dhs/).

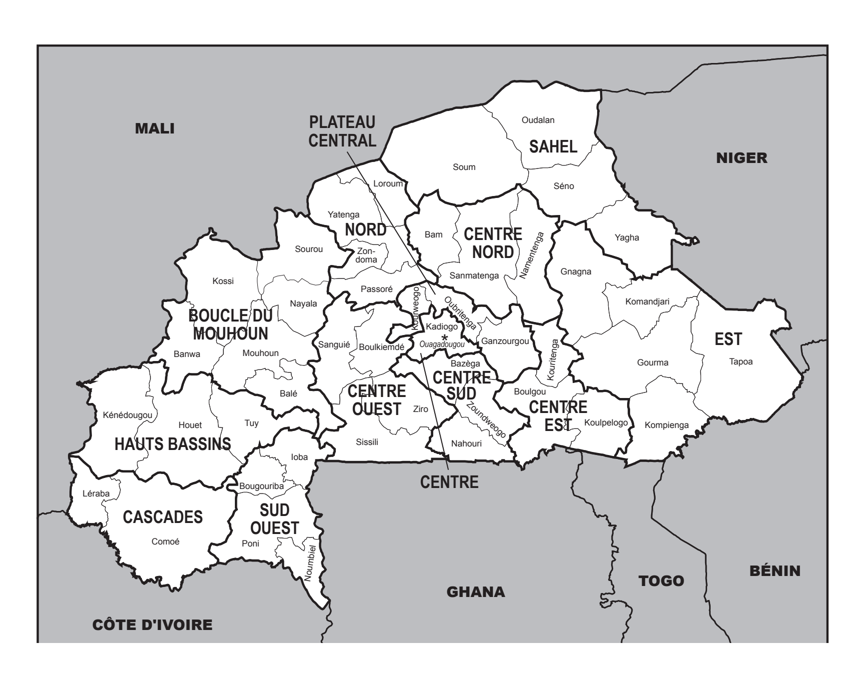






2003 Burkina Faso
Enquête Démographique et de Santé

Rapport de synthèse



Caractéristiques de la population et conditions de vie des ménages

Les données collectées sur l'âge, le sexe et le niveau d'instruction de la population des ménages ainsi que sur les caractéristiques des logements permettent de décrire le contexte socio-démographique et environnemental dans lequel vivent les femmes et les hommes enquêtés.

Structure par âge et sexe de la population des ménages

Avec 48 % des moins de 15 ans, le Burkina Faso se caractérise par une population jeune dans laquelle les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes (51 % contre 49 %). Cependant, en milieu urbain, conséquence des phénomènes migratoires, on constate une prédominance des hommes de 20-44 ans.

Composition des ménages

Les ménages sont composés, en moyenne, de 6,5 personnes et ceux du milieu rural sont de plus grande taille que ceux du milieu urbain (taille moyenne de 6,7 contre 5,6). De plus, en milieu rural, à peine 8 % des ménages sont dirigés par une femme ; en milieu urbain, cette proportion est environ deux fois plus élevée (17 %). D'autre part, parmi les enfants de moins de 15 ans, plus des trois quarts vivent avec leurs deux parents (78 %). Seule une très faible proportion (moins d'un pour cent) sont orphelins de père et de mère.

Niveau d'instruction de la population

Malgré des améliorations récentes, les niveaux de scolarisation demeurent faibles et on constate encore un écart important entre le niveau d'instruction des filles et celui des garçons. À 10-14 ans, les deux tiers des filles et plus de la moitié des garçons (58 %) sont sans instruction et seulement 6 % des filles et 8 % des garçons ont atteint un niveau primaire complet. En outre, il existe des disparités importantes entre les milieux urbain et rural.

Caractéristiques des logements

À peine plus d'un ménage sur dix (11 %) possède l'électricité ; cette proportion varie de 57 % à Ouagadougou à moins d'un pour cent en milieu rural. En ce qui concerne la provenance de l'eau pour la consommation, on constate que plus d'un quart des ménages (39 %) utilise de l'eau provenant de puits protégés, dans un peu plus d'un cinquième des cas (22 %), l'eau provient de puits publics ouverts et environ un ménage sur dix utilise de l'eau de surface. En milieu urbain, plus de la moitié des ménages contre seulement 4 % en milieu rural s'approvisionnent à des fontaines publiques. Par ailleurs, la majorité des ménages ne possèdent pas de toilettes (69 %, proportion qui atteint 85 % en milieu rural). Un ménage sur cinq (19 %) dispose de fosses ou latrines améliorées.

Biens possédés par les ménages

	Urbain	Rural
Radio	90	57
Télévision	48	3
Téléphone	18	0
Refrigérateur	23	0

Pourcentage

Caractéristiques des femmes et des hommes enquêtés

Les caractéristiques socio-démographiques de la population des femmes et des hommes enquêtés (milieu de résidence, instruction, alphabétisation, emploi, accès aux médias) sont des informations de base, essentielles à l'analyse de tous les indicateurs démographiques et sanitaires.

Distribution spatiale de la population

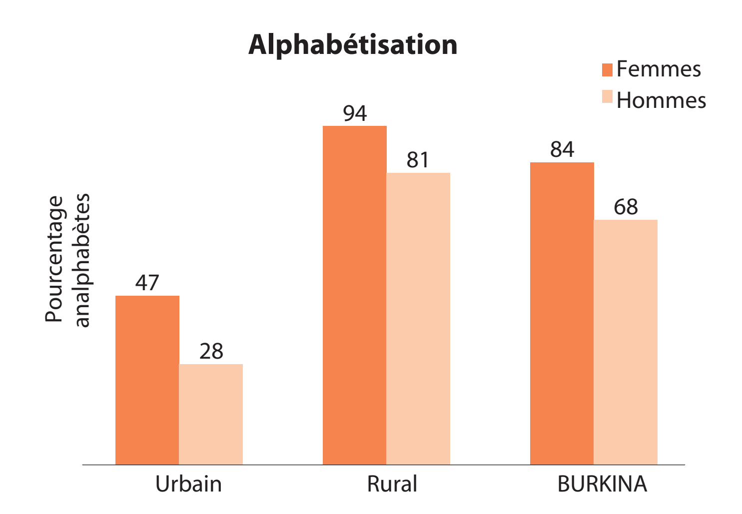
La grande majorité de la population burkinabé vit en milieu rural et les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes à vivre en milieu urbain (24 % contre 22 %).

Instruction et alphabétisation

Une proportion élevée de femmes et d'hommes ne sont jamais allés à l'école (respectivement 71 % et 51 %) et la proportion de femmes ayant de l'instruction est nettement inférieure à celle des hommes : seulement 14 % d'entre elles ont, au moins, achevé le niveau primaire contre 25 % des hommes. À l'opposé, 84 % des femmes et 68 % des hommes sont analphabètes.

Activité économique

Plus de quatre femmes sur cinq (86 %) travaillaient au moment de l'enquête. Les femmes qui travaillent sont essentiellement occupées dans l'agriculture (75 %) et, dans environ un cas sur cinq (19 %), elles travaillent dans les ventes et services. Une proportion légèrement plus faible d'hommes travaillaient au moment de l'enquête (70 %) et la majorité étaient occupés dans l'agriculture (72 %).



Accès aux médias

La télévision et la radio sont les deux principaux moyens d'information : 21 % des femmes regardent la télévision, au moins, une fois par semaine et 51 % écoutent la radio, au moins, une fois par semaine. Par contre, seulement, 6 % des femmes ont déclaré lire un journal ou un magazine, au moins, une fois par semaine.

À peine 4 % des femmes sont exposées à ces trois médias et, à l'opposé, 44 % n'y ont pas accès.

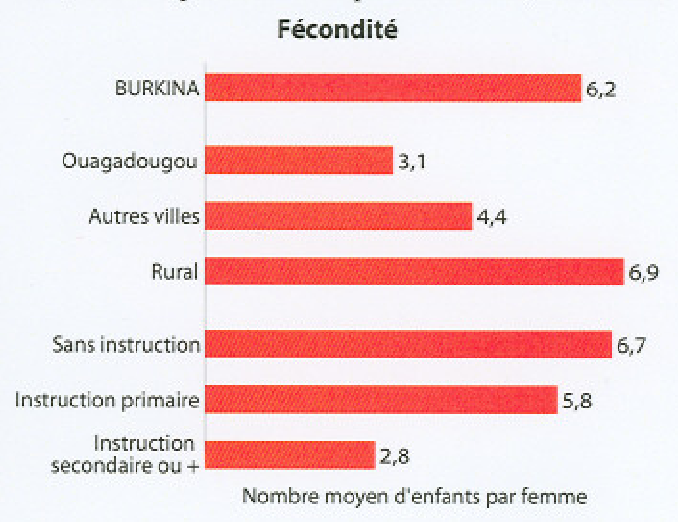
Les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à être exposés aux trois médias. Comme chez les femmes, ce sont les hommes du milieu rural (31 %) et ceux sans instruction (35 %) qui sont les moins fréquemment exposés à ces sources d'information.

Fécondité et ses déterminants

Les données collectées ont permis d'estimer les niveaux de fécondité. Elles ont également fourni des informations sur les différents facteurs qui agissent sur la vie reproductive des femmes, en particulier, l'union et l'activité sexuelle. En outre, elles ont permis de déterminer quelles étaient les préférences des femmes et des hommes en ce qui concerne la taille de la famille

Niveaux actuels et tendances de la fécondité

En 1993, l'EDSBF-I estimait le niveau de fécondité à 6,9 enfants par femme. Depuis cette date, la fécondité a diminué mais reste néanmoins élevée au Burkina Faso. En effet, avec les niveaux actuels, les femmes burkinabé donneront naissance, en moyenne, à 6,2 enfants au cours de leur vie féconde.

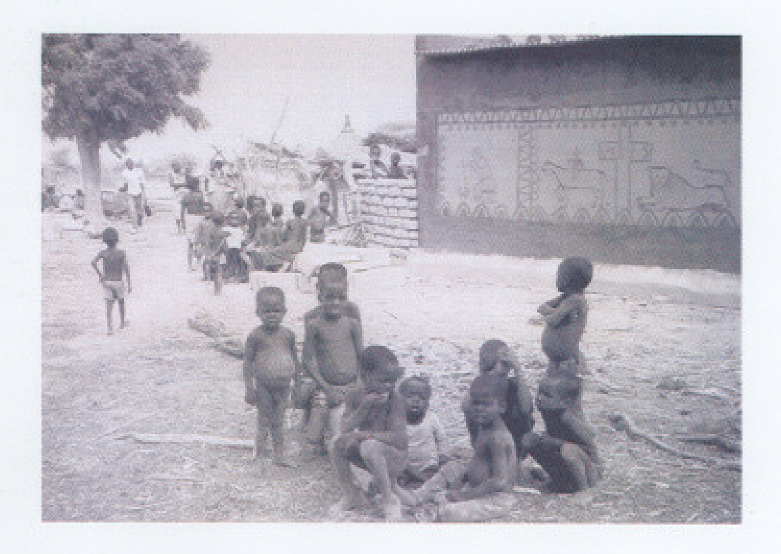


Il existe des écarts importants de niveau de fécondité selon le milieu de résidence : les femmes du milieu rural (6,9 enfants par femme) ont une fécondité nettement plus élevée que celles des autres villes (4,4) et de Ouagadougou (3,1). De même, la fécondité des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (2,8) est nettement plus faible que celle des femmes ayant une instruction primaire (5,8) et que celle des femmes sans instruction (6,7).

À 19 ans, plus de la moitié des jeunes filles burkinabé (57 %) ont déjà, au moins, un enfant ou sont enceintes pour la première fois

La fécondité est élevée chez les adolescentes. À 17 ans, 21 % des jeunes filles ont déjà un enfant ou sont enceintes pour la première fois. Cette proportion atteint 57 % à 19 ans. La moitié des femmes ont déjà eu un enfant à 19,4 ans.

Un peu plus d'une naissance sur dix (13 %) arrive trop rapidement après la naissance de l'enfant précédent (moins de 24 mois après).



Nuptialité et exposition au risque de grossesse

La majorité des femmes étaient en union au moment de l'enquête (77 %). Chez les hommes, 56 % étaient en union. Parmi les femmes de 25-49 ans, la moitié avait déjà contracté une union à 17,7 ans.

La moitié des femmes de 25-49 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels à 17,5 ans. Cet âge médian aux premiers rapports sexuels n'a pratiquement pas changé depuis 1993 puisqu'il était de 17,3 ans. Chez les hommes, les premiers rapports sexuels débutent à un âge un peu plus tardif (âge médian de 20,8 ans).

Préférences en matière de fécondité

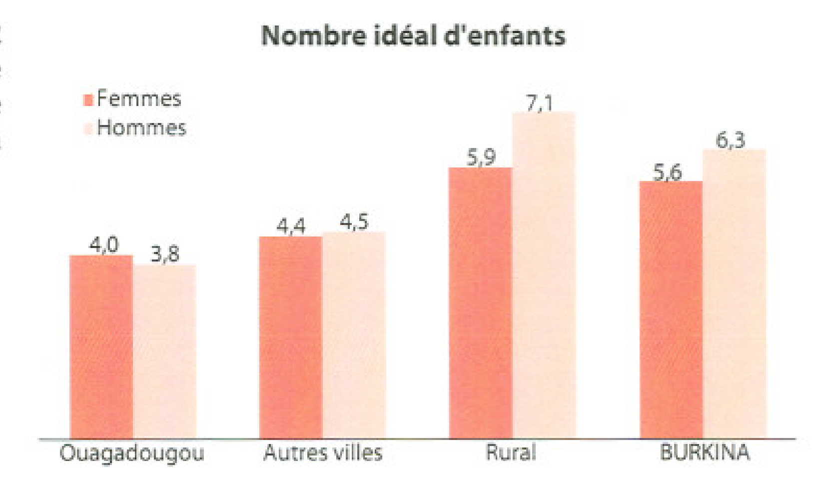
Près d'une femme sur quatre (23 %), mais seulement 14 % des hommes ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. Parmi les femmes qui désirent un autre enfant, la majorité souhaiterait espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans.

Nombre idéal d'enfants

Pour les femmes, le nombre idéal d'enfants est de 5,6. Les hommes souhaitent un nombre d'enfants nettement plus élevé (en moyenne 6,3). Ce nombre idéal d'enfants est plus élevé en milieu rural (5,9 pour les femmes et 7,1 pour les hommes) que dans l'ensemble urbain (respectivement 4,2 et 4,1). Les femmes et les hommes les plus instruits souhaitent moins d'enfants (respectivement 3,6 et 3,8) que ceux sans instruction (respectivement 5,9 et 7,3).

Fécondité désirée

L'écart entre la fécondité actuelle (6,2 enfants par femme) et la fécondité désirée (5,4 enfants par femme) met en évidence l'importance des besoins qui existent en matière de planification familiale.



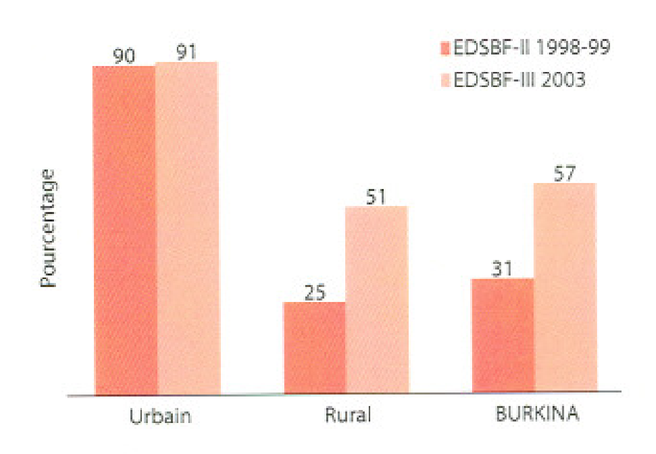
Santé de la reproduction

Une proportion importante de décès d'enfants pourraient être évités si, lorsqu'elles sont enceintes, les femmes recevaient des soins prénatals appropriés, si leur accouchement était assisté par du personnel médical formé et si, après l'accouchement, elles bénéficiaient d'un suivi postnatal.

Soins prénatals

Plus des trois quarts des dernières naissances survenues au cours des cinq dernières années (73 %) ont donné lieu à des consultations prénatales auprès de personnel qualifié. Cependant, seulement 18 % des mères ont effectué les quatre visites prénatales recommandées et, dans seulement un cas sur quatre, la visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Bien que la plupart des examens courants aient été effectués, seulement 19 % des femmes ont été informées des signes de complications de la grossesse.





Environ les deux tiers des naissances des cinq dernières années (65 %) ont été protégées par au moins une dose de vaccin antitétanique reçu par la mère pendant la grossesse.

Lieu et assistance à l'accouchement

Au cours des cinq dernières années, un peu plus d'un tiers des naissances se sont déroulées en établissement sanitaire (38 %). Les femmes du milieu rural et celles sans instruction ont beaucoup plus fréquemment que les autres accouché à domicile et sans assistance de personnel formé.

Suivi postnatal

Environ les trois quarts des naissances qui ne se sont pas déroulées en établissement sanitaire (74 %) n'ont été suivies par aucune consultation postnatale. Ce manque de suivi de la mère et de l'enfant est particulièrement important en milieu rural (75 %) et lorsque la mère est sans instruction (76 %).

PLANIFICATION FAMILIALE

L'utilisation des méthodes de planification familiale, et plus particulièrement des méthodes modernes, permet aux femmes et aux couples de mieux réaliser leurs objectifs en matière de fécondité et de taille idéale de la famille.

Connaissance et utilisation de la contraception

La quasi-totlité des femmes et des hommes en union connaissent, au moins, une méthode contraceptive moderne. Cependant, seulement une femme en union sur sept (14 %) utilisait une méthode contraceptive au moment de l'enquête : 9 % utilisaient une méthode moderne (essentiellement les injectables (3 %) et la pilule (2 %), et 5 % une méthode traditionnelle, essentiellement la continence périodique (3 %).

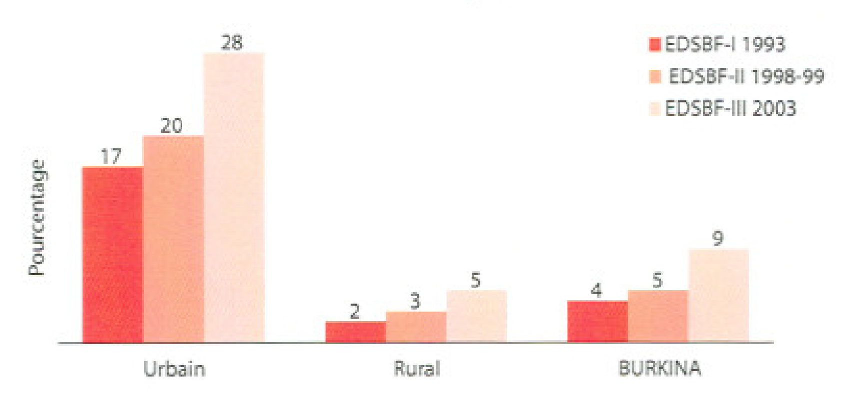
C'est parmi les femmes vivant à Ouagadougou et parmi celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus que la prévalence moderne est la plus élevée (respectivement 30 % et 43 %). À l'opposé, seulement 5 % des femmes du milieu rural et 6 % de celles sans instruction utilisent une méthode de contraception.

Parmi les femmes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, 58 % ont déclaré avoir l'intention de l'utiliser dans l'avenir. Dans près d'un cas sur cinq, celles qui n'avaient pas l'intention de l'utiliser ont donné comme principale raison le désir d'enfants supplémentaires (18 %).

Tendances de l'utilisation de la contraception

Bien que le recours à la contraception soit encore relativement faible, la comparaison avec les enquêtes précédentes montre que la prévalence a augmenté, les proportions d'utilisatrices étant passées de 8 % en 1993 à 14 % en 2003 : cette augmentation est surtout le fait d'une utilisation plus importante du condom masculin qui est passée de moins d'un pour cent en 1993 à 4 % en 2003.

Utilisation de la contraception moderne



Planification de la fécondité et besoins en matière de planification familiale

Dans l'ensemble, plus de neuf naissances sur dix étaient désirées (97 %) : la plupart de ces naissances (77 %) se sont produites au moment voulu; dans 20 % des cas, les femmes auraient préféré qu'elles se produisent plus tard et seulement 3 % n'étaient pas désirées. On estime que 29 % des femmes en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, soit pour limiter, soit pour espacer les naissances. Si ces besoins étaient satisfaits, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 43 % chez les femmes en union. Aujourd'hui, seulement 32 % de cette demande potentielle est satisfaite.

Santé de l'enfant

Le Ministère de la Santé a mis en place depuis plusieurs années un Programme Élargi de Vaccination (PEV) selon lequel, tous les enfants doivent recevoir avant l'âge d'un an, le vaccin du BCG, trois doses de DTCoq et de Polio, les vaccins contre la rougeole et la fièvre jaune.

Couverture vaccinale

Environ deux enfants de 12-23 mois sur cinq (39 %) ont reçu toutes les doses des vaccins du PEV, y compris la fièvre jaune. Sans la fièvre jaune, cette couverture est de 44 %. À l'opposé, 9 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin. La majorité des enfants ne sont donc que partiellement vaccinés et les taux de déperdition entre les premières doses et les troisièmes doses de vaccin sont élevés (25 % pour le DTCoq).

Couverture vaccinale

	%
BURKINA	39
RÉSIDENCE	
Ouagadougou	64
Autres villes	52
Rural	37
INSTRUCTION	
Aucune	36
Primaire	49
Secondaire ou +	67

Pourcentage avec toutes les vaccinations du PEV

La couverture vaccinale (y compris la fièvre jaune) est meilleure parmi les enfants dont la mère avait un niveau d'instruction secondaire (67 %) que parmi celles sans instruction (36 %). De même, les niveaux de vaccination présentent des variations importantes selon le milieu de résidence : à Ouagadougou, 64 % des enfants ont reçu tous les vaccins contre 52 % dans les autres villes et seulement 37 % en milieu rural.

Maladies des enfants

Environ un enfant de moins de 5 ans sur dix (9 %) présente des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA). C'est parmi les enfants de 6-11 mois que ces IRA sont les plus fréquentes (14 %). Selon les déclarations des mères, près de deux enfants sur cinq (37 %) ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Comme pour les IRA, c'est parmi les enfants de 6-23 mois que la prévalence est la plus élevée (plus de 50 %). La prévalence de la fièvre est aussi plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (38 % contre 29 %).

Pour un tiers seulement des enfants ayant souffert d'IRA et/ou de fièvre (33 %) un traitement a été recherché auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé. On a recherché plus fréquemment un traitement auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé pour les enfants du milieu urbain que pour ceux du milieu rural (30 % contre 55 %). La majorité des enfants ayant eu de la fièvre ont été traités avec de la chloroquine (48 %).

Au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, 21 % des enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhée. Les enfants de 6-23 mois constituent le groupe d'âges le plus vulnérable. Près des deux tiers des enfants malades (63 %) ont bénéficié d'une Thérapie par Réhydratation Orale, soit parce qu'on leur a donné des sels de réhydratation par voie orale ou une solution maison, soit parce qu'on a augmenté les quantités de liquides. Cependant, dans 15 % des cas, les enfants ayant souffert de diarrhée n'ont reçu aucun traitement.

Allaitement et état nutritionnel des enfants et des femmes

La malnutrition a de graves répercussions sur la santé des enfants et des femmes. La plus importante est l'accroissement des risques de mortalité.



Allaitement

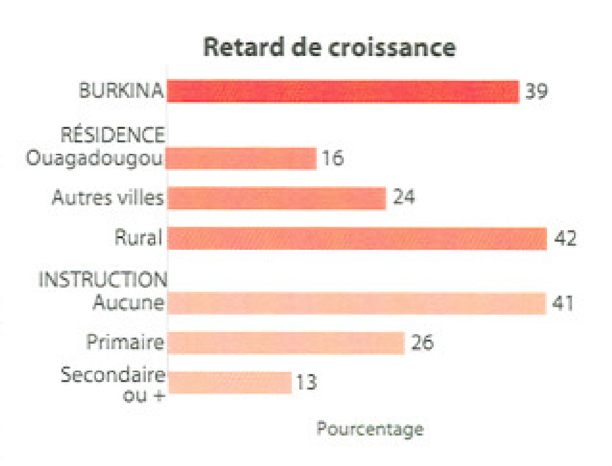
La quasi-totalité des enfants nés au cours des cinq dernières années (98 %) ont été allaités. Cependant, 63 % seulement ont été allaités dans le jour qui a suivi la naissance et 75 % ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement.

La durée médiane de l'allaitement est estimée à 24,7 mois et c'est chez les femmes de niveau d'instruction secondaire qu'elle est la plus courte (21,3 mois).

Environ un enfant de moins de 6 mois sur cinq (19 %) est nourri avec du lait maternel seulement. À partir de six mois, l'âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance possible des enfants, il est recommandé qu'en plus du lait maternel, des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation. Au Burkina Faso, seulement 29 % des enfants de 6-7 mois reçoivent des aliments de complément.

État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

Près de deux enfants de moins de cinq ans sur cinq (39 %) accusent un retard de croissance dont la moitié sous une forme sévère. Avant 24 mois, âge à partir duquel le retard de croissance est difficilement rattrapable, plus d'un enfant sur quatre (28 %) est trop petit pour son âge. Les niveaux du retard de croissance présentent des variations importantes selon le milieu et la région de résidence : en milieu rural, la proportion d'enfants présentant cette forme de malnutrition est trois fois plus élevée qu'en milieu urbain (21 % contre 7 %). De plus, les proportions varient d'un maximum de 39 % dans l'Est à un minimum de 14 % au Centre sans Ouagadougou. De même, la prévalence du retard de croissance varie selon le niveau d'instruction de la mère : 4 % d'enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus souffrent de malnutrition chronique contre 21 % de ceux dont la mère est sans instruction.





Parmi les enfants de moins de cinq, 19 % souffrent de malnutrition aiguë : ils sont émaciés. La prévalence de l'émaciation est particulièrement élevée chez les enfants de 10-11 mois (39 %) et parmi ceux de la région des Cascades (29 %).

Près de deux enfants sur cinq (38 %) présentent une insuffisance pondérale. Plus de la moitié des enfants de 10-23 mois souffrent de cette forme de malnutrition. De même, la prévalence de l'insuffisance pondérale est particulièrement élevée parmi les enfants des régions du Plateau Central (50 %), du Sahel (49 %) et des Cascades (49 %).

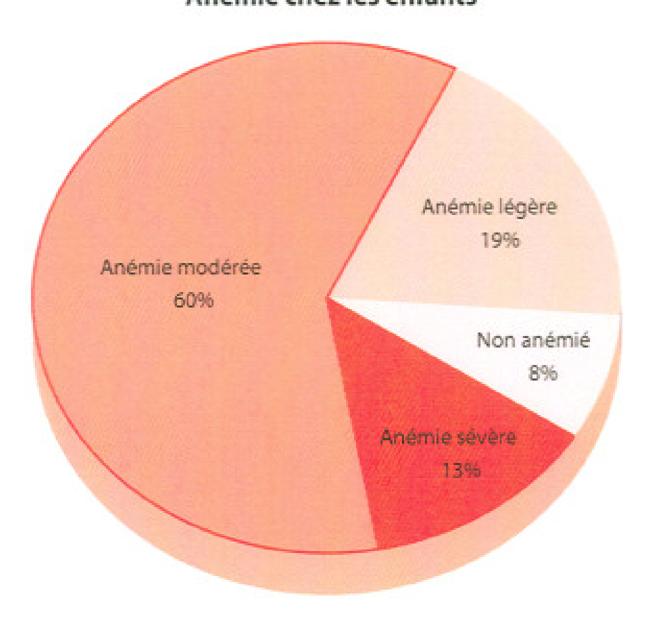
Consommation de micronutriments et vitamine A chez les enfants

La carence en vitamine A ou l'avitaminose A affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ses risques de décéder. L'UNICEF et l'OMS recommandent que dans tous les pays où la mortalité infanto-juvénile est supérieure à 70 pour mille et dans lesquels la carence en vitamine A est un problème de santé publique, il soit mis en place un programme de contrôle de l'avitaminose A.

Prévalence de l'anémie chez les enfants

Plus de neuf enfants de 6-59 mois sur dix (92 %) sont atteints d'anémie : 19 % le sont sous une forme légère, 60 % sous une forme modérée et 13 % sont atteints d'anémie sévère. C'est parmi les enfants de Ouagadougou et parmi ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus que la prévalence de l'anémie est la plus faible (respectivement, 71 % et 72 %). Ces niveaux sont malgré tout élevés.

Anémie chez les enfants



État nutritionnel des femmes

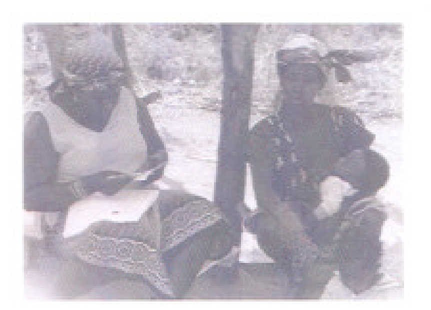
Au Burkina Faso, la taille moyenne des femmes est de 161,4 centimètres et moins d'un pour cent sont de très petite taille, inférieure à 145 centimètres. Une proportion élevée de femmes (21 %) ont un Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5 kg/m2 et présentent donc une déficience énergétique chronique. Parmi les femmes les plus jeunes (15-19 ans) et parmi celles de 40-49 ans, la proportion de celles dont l'IMC est inférieur à 18,5 kg/m2 est élevée (respectivement, 27 % et 24 %). De même, la prévalence de la déficience énergétique chronique est plus élevée en milieu rural qu'en urbain (24 % contre 9 %). À l'opposé, 9 % des femmes qui ont un indice élevé (25 kg/m2) entrent dans la catégorie des surpoids.

Anémie et cécité crépusculaire

Plus de la moitié des femmes de 15-49 ans sont anémiées (54 %) : 38 % étaient atteintes d'anémie sous une forme légère et 15 % sous une forme modérée. L'anémie sous la forme sévère ne touche qu'un pour cent des femmes. En outre, plus des deux tiers des femmes enceintes sont anémiées (68 %) et la prévalence de l'anémie est légèrement plus élevée en rural qu'en urbain (55 % contre 51 %).

La cécité crépusculaire touche 7 % des femmes. Cette forme de cécité est plus fréquente parmi les femmes du milieu rural que parmi celles du milieu urbain (8 % contre 3 %). Au niveau régional, ce sont les régions du Sahel et du Nord qui détiennent les proportions les plus élevées de femmes souffrant de cécité crépusculaire (respectivement, 16 % et 13 %).

Les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont fonction des conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population et dans ses diverses couches sociales. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays.



Complément en Vitamin A et Sel iodé

Complément en vitamine A

Un tiers des enfants de moins de cinq ans ont reçu des compléments en vitamine A. À Ouagadougou et parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus, ces proportions sont respectivement de 50 % et 59 %.

Sel iodé

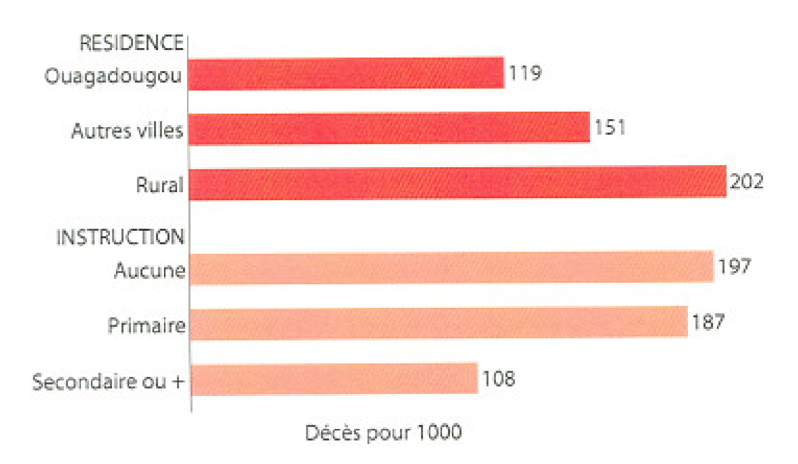
Le manque d'iode dans l'organisme peut entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant et provoquer un accroissement du volume du goitre chez les adultes. Plus de deux ménages sur cinq utilisent du sel suffisamment iodé (15 PPM ou plus) alors que 16 % des ménages consomment du sel non iodé : cette proportion atteint 31 % dans la région du Centre Nord.

Mortalité

Les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont fonction des conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population et dans ses diverses couches sociales. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays.

Mortalité des enfants

Au cours de la période 1999-2003, sur 1 000 enfants nés vivants, 81 sont décédés avant le premier anniversaire et sur 1 000 enfants âgés d'un an, 111 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Ainsi, sur 1 000 enfants nés vivants, 184 décèdent avant leur cinquième anniversaire. En outre, le niveau de la mortalité infanto-juvénile est de 49 % plus élevé en milieu rural (202 ‰) qu'en milieu urbain (136 ‰). La région du Sahel enregistre le taux de mortalité infanto-juvénile le plus élevé (285 ‰).



Globalement, depuis une quinzaine d'années, le niveau de la mortalité infanto-juvénile a peu varié. Seule la mortalité infantile a connu une légère diminution, passant de 93 ‰ autour de 1991 à 81 ‰ autour de l'année 2001, soit une baisse de 13 %. Le Burkina Faso se situe toujours parmi les niveaux de mortalité les plus élevés au monde.

Les chances de survie des enfants sont également influencées par certaines caractéristiques concernant le comportement procréateur des mères. En effet, les enfants nés d'une mère âgée de moins de 20 ans courent un risque de décéder avant le premier anniversaire supérieur de 31 % par rapport à ceux dont la mère avait 20-29 ans au moment de la naissance (114 ‰ contre 87 ‰). De même, un enfant né à moins de deux ans après l'enfant précédent court un risque de décéder avant son cinquième anniversaire de 278 ‰ alors que celui dont la mère a observé un espacement de trois ans court un risque de 156 ‰.

Excision

L'excision, pratique traditionnelle désormais interdite au Burkina Faso, a des répercussions importantes sur la santé des femmes.

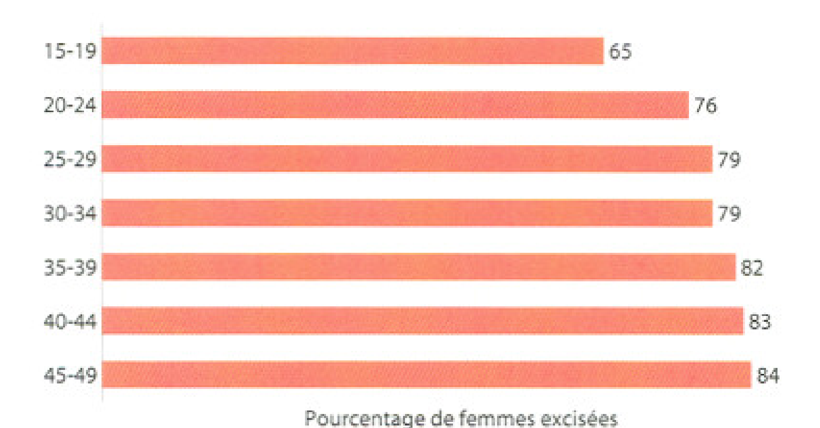
Au Burkina Faso, plus des trois quarts des femmes ont déclaré avoir été excisées. Le niveau de la pratique varie de manière importante selon la région de résidence, d'un minimum de 44 % dans le Centre-Ouest à un maximum de 90 % dans la Boucle du Mouhoun.



Selon l'âge, il y a une diminution des proportions de femmes excisées des générations les plus anciennes aux plus récentes. L'excision est pratiquée très tôt : 41 % des femmes ont déclaré avoir été excisées lorsqu'elles avaient entre 0-1 an. La grande majorité des femmes enquêtées (88 %) ont été excisées par une exciseuse traditionnelle.

Pour 74 % des femmes et 76 % des hommes, la pratique de l'excision devrait disparaître.

Excision par âge



SIDA

Prévalence du sida

La prévalence du VIH dans la population adulte du Burkina Faso est évaluée à 1,8 %. Ce taux est pratiquement identique chez les femmes de 15-49 ans que chez les hommes du même groupe d'âges (1,9 % contre 1,8 %). Selon le milieu de résidence, et quel que soit l'âge, les résultats ont mis en évidence une prévalence nettement plus élevée en milieu urbain (3,6 %), en particulier à Ouagadougou (4,2 %) qu'en milieu rural (1,3 %). Du point de vue régional, le Sud-Ouest (3,7 %), les Cascades (2,4 %), la Boucle du Mouhoun (2,3 %) et le Centre-Ouest (2,3 %) sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés. À l'opposé, avec un taux de 0,1 %, la région du Sahel se caractérise par la prévalence la plus faible.

Connaissance du SIDA et des moyens de prévention

Au Burkina Faso, la quasi-totalité des hommes (97 %) et des femmes (96 %) ont entendu parler du sida. Cependant, seulement 70 % des femmes et 84 % des hommes pensent qu'il y a un moyen d'éviter de le contracter.

Plus de deux femmes sur cinq (45 %) et environ les trois quarts des hommes ont déclaré qu'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH/sida en limitant les rapports sexuels à un partenaire fidèle et non infecté et en utilisant un condom. Une femme sur deux (50 %) et une proportion légèrement plus faible d'hommes (47 %) savent que le virus du VIH peut être transmis de la mère à l'enfant pendant l'allaitement. Près des trois quarts des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ont déclaré connaître le rôle de l'allaitement dans la transmission du virus contre 45 % des femmes sans instruction.

Il y a seulement 17 % des femmes qui rejettent les idées erronées concernant la transmission du VIH/sida, c'est-à-dire qui savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut avoir le virus du sida, que le virus du sida ne peut être transmis par les moustiques, ni en partageant un repas avec une personne atteinte du sida. Les hommes sont mieux informés que les femmes : 32 % d'entre eux rejettent ces idées erronées.

Une proportion élevée d'hommes et de femmes (respectivement 81 % et 76 %) ont déclaré qu'ils seraient prêts à prendre soin chez eux d'un parent ayant contracté le virus qui cause le sida.

Principaux Indicateurs

	Ensemble	Urbain	Rural
Caractéristiques de la population et des ménages			
Taille moyenne des ménages (membres habituels)	6,5	5,6	6,7
Chef de ménage de sexe féminin (%)	9	17	8
Enfants de moins de 15 ans vivant sans leurs parents (%)	8	14	8
Ménages utilisant de l'eau provenant d'un robinet dans le logement (%)	4	17	0
Ménages utilisant de l'eau provenant d'une fontaine publique (%)	15	56	4
Ménages disposant de WC avec chasse d'eau (%)	2	9	0
Ménages disposant d'électricité (%)	11	52	1
Ménages possédant une radio (%)	63	85	57
Ménages possédant un poste de télévision (%)	12	48	3
Ménages possédant un réfrigérateur (%)	5	23	0
Ménages possédant le téléphone (%)	4	18	0
Ménages utilisant du sel iodé à 15 PPM ou plus (%)[1]	45	60	42
Niveau d'instruction : femmes 15-49 ans / hommes 15-59 ans			
Sans instruction (femmes / hommes) (%)	79/69	43/30	88/79
Niveau primaire (femmes / hommes) (%)	4/5	11/11	2/4
Niveau secondaire ou plus (femmes / hommes) (%)	0/1	2/5	0/0
Fécondité et préférences de fécondité			
Nombre moyen d'enfants nés vivants (femmes de 40-49 ans)	6,9	5,8	7,1
Indice synthétique de fécondité[2]	6,2	3,7	6,9
Âge médian à la 1ere naissance (en années)[3]	19	20	19
Intervalle intergénésique médian (en mois)[4]	36	40	36
Adolescentes de 15-19 ans déjà mères ou enceintes du 1er enfant (%)	23	11	28
Préférences en matière de fécondité			
Nombre idéal moyen d'enfants par femme / homme	5,6/6,3	4,2/4,1	5,9/7,1
Femmes / hommes en union ne voulant plus d'enfants (%)	23/14	27/29	23/11
Utilisation de la contraception			
Femmes en union utilisant actuellement:			
- une méthode quelconque (%)	14	34	10
- une méthode moderne (%)	9	28	5

	Ensemble	Urbain	Rural
Soins prénatals et état nutritionnel			
Naissances dont la mère a reçu:			
- des soins prénatals par du personnel de santé (%) [6]	73	97	70
- au moins une dose de vaccin antitétanique (%) [6]	65	82	62
- l'assistance de personnel de santé formé à l'accouchement [7]	57	91	51
Enfants de moins de 5 ans qui, au cours des 2 semaines avant l'enquête, ont eu la diarrhée (%)	21	21	21
- et qui ont reçu des SRO ou une solution maison (%)	63	71	62
Enfants de moins de 5 ans qui, au cours des 2 semaines avant l'enquête, ont eu une Infection Respiratoire Aiguë (IRA) (%)	9	8	9
Enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance (%) [8]	58	27	63
Enfants de moins de 5 ans atteints d'émaciation (%) [9]	24	15	25
Femmes 15-49 ans atteintes de déficience énergétique chronique (%) [10]	21	9	24
Femmes 15-49 ans accusant un surpoids (%) [10]	9	28	4
Prévalence de l'anémie [11]			
Prévalence de l'anémie chez les enfants (%) [12]	92	76	94
Prévalence de l'anémie chez les femmes (%) [13]	54	51	55
Mortalité des enfants de moins de cinq ans			
Quotient de mortalité (pour 1 000) : [14]			
- néonatale (avant d'atteindre 1 mois)	47	35	39
- post-néonatale (entre le 1er et le 12e mois)	56	36	56
- infantile (entre la naissance et le 12e mois)	103	70	95
- juvénile (entre 1 et 5 ans)	112	71	117
- infant-juvénile (entre la naissance et 5 ans)	203	136	202
Conaissance du VIH/sida et des moyens d'éviter de le contracter			
Femmes/hommes ayant entendu parler du VIH/sida et qui pensent qu'il y a un moyen de l'éviter (%)	70/84	88/100	65/95
Femmes/hommes ayant eu des rapport sexuels à haut risque et qui ont utilisé un condom lors du dernier rapport (%)	53/69	66/91	34/52

1 Parts par million (PPM).
2 Nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.
3 Âge auquel la moitié des femmes de 25-49 ans ont eu leur première naissance.
4 Durée de l'intervalle entre deux naissances, pour la moitié des naissances de mères de 15-49 ans.
5 Âge auquel la moitié des femmes de 25-49 ans et des hommes de 30-59 ans sont entrés en union pour la première fois.
6 Pour les dernières naissances survenues dans les 5 ans précédant l'enquête.
7 Pour les naissances survenues dans les 5 ans précédant l'enquête.
8 Enfants de moins de 5 ans dont la taille est inférieure à la moyenne de ce qu'elle devrait être à un âge donné, signe d'un retard de croissance
9 Poids inférieur à la moyenne de ce qu'il devrait être pour une taille donnée.
10 Dont l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est inférieur à 18,5 Kg/m2. Pour le surpoids, l'IMC est supérieur à 25 Kg/m2.
11 L'anémie est déterminée par le niveau (en grammes) d'hémoglobine par décilitre de sang (g/dl).
12 Niveau d'hémoglobine inférieur à 11,0 g/dl.
13 Niveau d'hémoglobine inférieur à 12,0 g/dl.
14 Probabilité pour un enfant de décéder pour la période de cinq ans avant l'enquête au niveau national, et pour la période de dix ans avant l'enquête par milieu de résidence.